

La tumeur coïncide fréquemment avec d'autres angiomes, en particulier de la face et spécialement des lèvres.

Elle peut aussi prendre naissance dans un organe voisin et envahir secondairement la langue, mais le contraire peut aussi s'observer, comme l'attestent un cas de Chassaignac, un cas de Foucher et d'autres encore où l'on vit l'angiome, ayant débuté par la langue, envahir finalement toute une moitié de la face.

On ignore profondément les causes qui peuvent déterminer la production des angiomes en général et ceux de la langue en particulier, car c'est se payer de mots que de dire que chez ces malades les capillaires présentent une disposition spéciale à faire des ectasies, ou bien qu'il est survenu quelque trouble dans l'évolution de l'aire vasculaire.

Mais sur la structure de ces angiomes et les modifications histologiques que détermine leur développement dans la structure des éléments constituants de la langue, nous possédons quelques notions précises.

Il est classique de diviser les angiomes en angiomes *artériels*, *veineux* et *capillaires*. Il semble que cette division soit applicable aux tumeurs érectiles de la langue, avec cette restriction que la troisième catégorie se confond généralement avec la première, si bien qu'en définitive, on peut répartir les angiomes en deux groupes, qui d'ailleurs sont très voisins, les angiomes artériels et les angiomes veineux. Les premiers répondraient surtout aux tumeurs érectiles congénitales, les autres à celles dont le développement est tardif. Après la mort ou après extirpation, la tumeur s'affaisse. Aussi est-il indiqué, quand on veut en pratiquer l'examen dans les meilleures conditions, de circonscrire la tumeur à l'aide de ligatures ou de pinces pour empêcher son contenu de s'écouler, et de fixer la pièce dans cet état. A la coupe, le tissu morbide paraît formé d'une trame disposée en réseau, dont les mailles sont occupées par du sang. Il semble qu'on ait sous les yeux la coupe d'une éponge fine. Quelle est la composition de cette trame, le sang qui circule entre ces mailles est-il contenu dans des vaisseaux clos et dilatés, ou bien entre-t-il directement en contact avec les éléments musculaires ou cellulaires? Quel est enfin le point de départ des lésions.

Ces différentes questions ne sont pas envisagées par Foucher qui s'est cantonné sur le terrain clinique. Arragon, dans sa thèse, expose les recherches du professeur Cornil. Dans les angiomes des muqueuses, et spécialement de la langue, la dilatation commence par les vaisseaux des papilles et du fin réseau de la couche sous-épithéliale. Il en résulte une sorte d'hypertrophie papillaire considérable, et c'est d'elle que dépend l'aspect bosselé de ces tumeurs. « La papille est comblée par la veinule ou l'artériole centrale ectasiée et pleine de sang. »

Il y a d'abord simple dilatation, puis les parois adossées des vaisseaux disparaissent partiellement et il en résulte la formation d'un tissu caverneux dont les travées, formées de tissu conjonctif, sont tapissées par l'endothélium vasculaire. Il y a en somme au début ectasie simple des vaisseaux et hypertrophie papillaire. Dans l'épaisseur de la tumeur on trouve parfois des phlébolithes, mais il faut pour cela que la tumeur soit de notables dimensions et de date déjà ancienne. Il est fréquent de rencontrer dans la tumeur, à sa surface ou à sa périphérie, de petits kystes, çà et là disséminés. Ces kystes sont ordinairement superficiels et font saillie sous la muqueuse. Leur contenu est séreux, et fréquemment cette sérosité est teintée de rouge, d'ocre ou même noirâtre. Ces kystes sont d'origine vasculaire. Des cavités lacunaires où circulait le sang finissent par s'isoler, la communication qui les unissait au reste de l'angiome s'oblitére, et la cavité close se transforme en un kyste. Leur origine vasculaire a été bien établie par M. Cornil, qui a constaté à leur face interne un endothélium rappelant celui des vaisseaux, et dans leur voisinage des vaisseaux oblitérés, et ces conclusions sont corroborées par deux examens plus récents pratiqués par Yersin (1). Jullian nous fait connaître des recherches plus récentes de Suzanne. Dans la pièce étudiée par Suzanne, qui paraît s'être entouré de toutes les précautions nécessaires, la tumeur était constituée par un système de lacunes dont les cloisons, composées surtout de tissu conjonctif, contenaient par places des îlots de tissu musculaire, et n'étaient pas complètement revêtues d'endothélium. En certains points on pouvait constater d'une manière irréfutable que les globules sanguins étaient en contact immédiat avec les fibrilles musculaires, sans l'interposition d'une tunique conjonctive ni d'une tunique endothéliale, détail qui était particulièrement net vers les limites de la tumeur.

Quant à la muqueuse qui recouvrait la tumeur, elle avait subi dans toute son étendue des modifications très considérables. Les cellules épithéliales superficielles fortement serrées, ressemblent aux cellules cornées de l'épiderme, c'est une couche de revêtement absolument analogue à celle de la peau. Les cellules de la couche profonde sont arrondies ou polyédriques, aplaties, parallèles à la surface de la tumeur. Quant aux papilles elles sont très déformées, aplaties, diminuées et leur direction est absolument variable.

Le derme est devenu fibroïde et est notablement épaissi et hypertrophié, et parcouru par des vaisseaux comparables à des sinus.

Il semble en définitive que ce cas ne soit pas absolument comparable à ceux qui ont été étudiés par M. Cornil, et qu'ici l'angiome ait pris naissance, non pas au niveau des papilles, mais au-dessous de la

(1) YERSIN, *Arch. de physiol.*, 1889.

muqueuse, car les lésions des papilles sont très différentes de celles que Cornil a constatées.

Signes. — La tumeur est souvent constatée peu après la naissance ou dans la première enfance, sous forme d'une simple tache légèrement surélevée ou d'une saillie rougeâtre siégeant sur un point quelconque de la langue. On a prétendu que la base de la langue était le siège d'élection des angiomes de cet organe, mais il est bien difficile d'être affirmatif à cet égard, et d'être fixé sur cette question de siège prédominant. Les angiomes qui occupent les bords ou la pointe de la langue étant plus tôt reconnus, plus rapidement traités et plus facilement guéris, sont ceux dont on publie le moins souvent l'histoire, bien que ce soient probablement les plus communs.

Le volume de l'angiome varie considérablement. On en rencontre dont les dimensions n'excèdent pas celles d'un grain de plomb ou d'un pois, et par contre on en mentionne qui avaient atteint de telles proportions qu'ils faisaient saillie hors de la bouche. J'ai vu dans le service de M. Terrier un petit malade porteur d'un immense angiome occupant pour ainsi dire toute la moitié gauche de la tête et du cou. La langue envahie, elle aussi, était si volumineuse que l'enfant tenait habituellement la bouche ouverte, et que la langue faisait constamment saillie entre les lèvres.

La déformation de la langue est subordonnée aux proportions de l'angiome. Quand ce dernier est volumineux et la tumeur unilatérale, ce qui est la règle, la moitié saine est comme masquée par le développement de la partie altérée. La muqueuse à la surface de l'angiome est bosselée, et sa couleur est profondément modifiée. Elle prend une teinte bleuâtre quand l'angiome est sous-muqueux et appartient à la variété dite muqueuse. Au contraire elle est d'un rouge vif et striée de pinceaux vasculaires très superficiels dans le cas d'angiomes artériels. Au toucher la région malade est molle, dépressible; la tumeur est complètement réductible; quand elle est petite elle disparaît pour ainsi dire sous la pression du doigt. Quand elle est volumineuse, souvent le doigt perçoit une résistance en un ou plusieurs points. Il y a alors soit des kystes, soit des plébolithes, soit des dépôts fibrineux en certains départements de la tumeur.

Au pourtour de celle-ci, on voit de grosses veines dilatées et serpentines. Dans certains cas, dit-on, l'angiome serait pulsatile, et l'on pourrait en outre percevoir à sa surface une sorte de thrill. Mais ces signes sont des plus exceptionnels, et leur constatation serait d'ailleurs en rapport avec une transformation de l'angiome en anévrysme cirsoïde.

Quelle que soit l'étendue de la tumeur érectile, les troubles fonctionnels sont généralement peu accusés. Ils sont même nuls quand l'angiome est de petit volume.

Comme le fait observer Foucher, ce peu de trouble des différentes

fonctions de la langue « tient certainement à l'élasticité du tissu érectile ». On note parfois un peu de gêne et de maladresse dans l'articulation des mots et presque jamais de douleurs véritables. Dans certains cas, bien rares toutefois, ils pourraient être le siège de légères douleurs (Lefèvre). Mais un fait curieux, qui paraît cependant bien établi, c'est la turgescence de la tumeur érectile sous l'influence de la menstruation ou de la grossesse. Chez certaines malades, à chaque période menstruelle la tumeur augmente notablement de volume. Ainsi en était-il chez une malade de Polaillon dont Coutenot nous donne l'observation. Dans un cas de Tillieux (de Courtray) la mère de l'enfant affirmait que la tumeur était le siège de congestions revenant régulièrement avec la saison des prunes. Il est vrai qu'elle prétendait aussi que le désir immodéré qu'elle avait eu de manger des prunes était la cause véritable de la maladie de sa fille.

On a noté l'augmentation de la sécrétion salivaire au moment de la turgescence de la tumeur. Enfin il est à remarquer que la sensibilité est peu modifiée et que le sens du goût s'exerce d'une façon presque normale. Chez la malade de Tillieux, ce qui était le plus gênant, c'était, paraît-il, la difficulté d'expulser les crachats.

Marche. — D'une façon générale, l'évolution de l'angiome est progressive. Toutefois il paraît certain qu'un certain nombre de taches érectiles et de petits nævi survenus peu de temps après la naissance peuvent rétrocéder et même guérir spontanément. Il est possible qu'il en soit ainsi à la langue et même certains auteurs, tombant dans une exagération manifeste, émettent cette assertion absolument erronée que les angiomes de la langue ont la guérison pour terminaison naturelle, et, comme corollaire, conseillent de n'y pas toucher. A la vérité un grand nombre de ces tumeurs demeurent indéfiniment stationnaires ou du moins progressent avec une infinie lenteur. Mais il est à noter que de temps à autre surviennent habituellement des poussées d'accroissement. L'angiome conserve ordinairement le volume acquis à la suite de chaque poussée, si bien que ses dimensions augmentent progressivement.

A côté de la régression, de l'augmentation graduelle, et de l'état stationnaire, on mentionnait autrefois la transformation de l'angiome en tumeur maligne.

Il n'est pas impossible qu'il y ait coïncidence, bien qu'on n'en ait encore cité aucun fait démonstratif, mais l'idée de la transformation d'un angiome en tumeur maligne est aujourd'hui inacceptable et ne repose d'ailleurs que sur des faits mal observés et encore moins sérieusement interprétés.

L'évolution des angiomes de la langue est toutefois redoutable en certains cas. Une complication grave peut survenir inopinément. La tumeur, à un moment donné, peut devenir l'origine d'hémorra-

gies abondantes et répétées par rupture spontanée d'une bosselure, ou par ulcération au contact d'une dent.

Ces hémorragies peuvent s'arrêter spontanément, mais elles peuvent se prolonger, et par leur durée, leur abondance, ou leur répétition, mettre en danger l'existence du malade, comme il arriva à celui de Testelin, qui dut son salut à l'extirpation de la tumeur, à celui de Rizzoli, qui fut sauvé aussi par une intervention chirurgicale, et à celui de Deguise, qui guérit par miracle après ligature de l'artère linguale.

Boeckel admet que la tumeur peut suppurer, mais c'est là un accident tellement rare, qu'en pratique il n'y a pas lieu d'en tenir compte.

Je ne citerai que pour mémoire le cas de Brown (1) où le chirurgien eut la surprise de voir guérir une tumeur érectile par l'administration de pilules bleues, qui avaient déterminé une stomatite. Si ce fait est réellement exact, il faut avouer qu'il est bien extraordinaire, et qu'il faut l'enregistrer à titre de pure curiosité, car on n'en saurait tirer aucune conséquence pratique.

Diagnostic. — Le diagnostic ne présente aucune difficulté, étant presque toujours évident. Toutefois quand la tumeur siège à la base de la langue, et qu'elle est à son début, on est exposé à la méconnaissance, rien n'attirant encore l'attention de ce côté.

Traitement. — La détermination à prendre en présence d'un angiome est toujours délicate ; elle l'est surtout quand on a affaire à un angiome cavitaire.

Les tumeurs érectiles de la langue rentrent dans cette catégorie de cas embarrassants, du moins pour peu que leur siège soit profond et leur volume étendu. Pour celles de la pointe et de la moitié antérieure de la langue, quand elles sont petites, il est relativement aisé d'en venir à bout, leur facile accès favorisant les manœuvres curatives. Pour celles-ci le traitement de choix est aujourd'hui l'extirpation pure et simple, au bistouri, suivie de réunion immédiate à l'aide de sutures à la soie fine. Mais cette ligne de conduite ne saurait être admise dans tous les cas. En réalité elle est applicable surtout dans les circonstances où la tumeur guérirait par toutes les autres méthodes. Elle leur est préférable toutefois dans ces conditions, car elle est plus élégante, et amène plus rapidement la guérison. On a mis en usage ici presque tous les moyens proposés pour la cure des angiomes en général.

En dehors de l'extirpation dont nous avons déjà parlé, on sait qu'il existe dans le traitement des angiomes des procédés ayant pour but de détruire la tumeur, et d'autres se proposant d'en modifier la structure, et d'en amener l'atrophie par rétraction fibreuse.

Au premier groupe appartiennent les *caustiques chimiques*

(1) BROWN, *Lancet*, 1833.

ou *potentiels* appliqués sur la tumeur. Ils ne sont pas de mise ici.

Dans le deuxième groupe on peut ranger les multiples *injections interstitielles coagulantes* ou *caustiques*. Pour les premières, liqueur de Piazza, perchlorure de fer, elles sont dangereuses, quand on ne peut isoler pour ainsi dire la tumeur en saisissant, par exemple, la langue autour de la tumeur, à l'aide d'une large pince fenêtrée rappelant celle de Desmarres (Polaillon) (1). C'est dire que leur emploi doit être fort restreint.

Antonini Pupi (2) a proposé le *chloral* en injection. Malgré les multiples avantages que l'auteur trouve à cette substance dans cette application spéciale, le procédé ne s'est pas généralisé.

On a aussi utilisé le *tannin* à l'alcool (Polaillon). Le chlorure de zinc pourrait sans doute aussi rendre de grands services, étant données ses remarquables propriétés sclérogènes.

Entre ces deux groupes de procédés il y en a un intermédiaire, pour ainsi dire, la *cautérisation interstitielle* à l'aide du galvano ou du thermocautère.

Le galvanocautère surtout, quand on pourra disposer du matériel nécessaire, pourra donner des résultats remarquables. La guérison est toujours assez lente par ces divers procédés.

Une circonstance qui doit faire apporter quelque réserve dans l'appréciation des résultats immédiats, c'est la facilité des récidives pour peu qu'il reste des traces de tissu érectile. Chez une jeune fille que j'ai observée dans le service de M. Le Dentu, la récidive survint quatre fois, bien qu'on eût deux fois pratiqué une large ablation au bistouri.

Lipomes de la langue. — Le premier cas de lipome de la langue aurait été vu par Louis. Ce fait resta longtemps isolé. En 1854, Bastien (3) recueille, dans le service de Laugier, l'observation d'une tumeur bénigne de la langue, tumeur dont la nature adipeuse fut reconnue par l'examen anatomo-pathologique.

En outre deux pièces auraient été déposées au musée du Royal College of Surgeons par Astley Cooper.

L'observation de Follin (1866) eut quelque retentissement. Un vieillard, entré à l'hôpital Cochin pour un phlegmon de la main, était en même temps porteur d'un lipome de la langue. Follin en fit l'ablation avec l'anse galvanique.

Labat, dans sa thèse (4), en cite quelques cas, auxquels Malon en ajoute d'autres plus récents (5).

(1) COUTENOT, thèse, 1887.

(2) *Lo Sperimentale*, 1878.

(3) BASTIEN, *Société anat. de Paris*, 1854.

(4) LABAT, thèse de Paris, 1874.

(5) MALON, Des lipomes de la langue, thèse Paris, 1881.

Le travail de Kraussnitz (1), la thèse toute récente de Derégnaucourt augmentent encore la liste des observations connues.

Il s'agit cependant d'une affection peu banale. Holmes la considérait avec raison comme une véritable curiosité anatomo-pathologique.

Elle pourrait être congénitale, comme paraît l'établir une observation de Heymann, mais le plus souvent il s'agissait d'adultes ou même de gens âgés. La tumeur est unique ordinairement, mais dans un cas Vergely (2) il y en avait plusieurs. Poncet a noté la coïncidence d'un lipome et d'une tumeur maligne du sein. Une femme, outre un cancer du sein, portait à la langue une tumeur molle, jaunâtre et indolente. Elle meurt de son cancer et l'autopsie montre un lipome de la langue. Derégnaucourt admet l'influence possible des morsures, des irritations causées par de mauvaises dents, et même du tabac et de l'alcool, etc.

Le rôle joué par ces différents facteurs me paraît cependant plus que discutable et je ne saurais, non plus, accepter avec cet auteur qu'une ulcération tuberculeuse ait fait éclore un lipome dans son voisinage.

Anatomie pathologique. — Le tissu graisseux est fort peu abondant dans la langue. Il n'existe guère, en quantité appréciable à l'œil nu, qu'au niveau de la racine de la langue et sur la ligne médiane. On trouve en effet entre les deux muscles génio-glosses, dans toute l'étendue de la langue, une traînée graisseuse jaunâtre, qui ne manque chez aucun sujet et occupe le fond de l'espace de fente qui sépare les deux muscles. On pourrait donc supposer que les lipomes de la langue prennent naissance en cet endroit, le seul où s'accumule la graisse. Il n'en est rien, et les observations montrent ces tumeurs se développant le plus ordinairement à la face dorsale.

Ils paraissent être en général immédiatement sous-muqueux. Parfois cependant ils seraient intramusculaires, logés complètement dans l'épaisseur du corps charnu de la langue. Mais d'après Kraussnitz, on ne connaîtrait positivement que deux observations susceptibles de rentrer dans cette catégorie. Leur siège est en général la pointe de la langue.

Derégnaucourt pense que ce siège appartient surtout aux lipomes véritables, les tumeurs mixtes pouvant siéger en tous les points de la langue et surtout à la base (3).

La pathogénie de ces tumeurs a suscité diverses hypothèses. On a invoqué entre autres un singulier mécanisme.

Sous l'influence des mouvements de la langue, un certain nombre de cellules adipeuses seraient exprimées des tissus et accumulées, et deviendraient l'origine d'une prolifération qui serait l'origine du

(1) KRAUSSNITZ, thèse de Berlin, 1889.

(2) VERGELY, *Arch. clin. de Bordeaux*, 1895.

(3) DERÉGNAUCOURT (E.) Lipomes de la langue, thèse Paris, 1896, n° 543.

lipome. Cette étrange explication ne saurait avoir cours à l'époque actuelle. D'ailleurs Kraussnitz fait remarquer qu'il existe des lipomes congénitaux, et qu'il est peu probable que l'embryon ait des mouvements exagérés de la langue.

Nous avons vu combien l'étude de la répartition du tissu adipeux dans la langue était peu favorable à cette autre interprétation, d'après laquelle les lipomes résulteraient de l'hypertrophie d'amas graisseux normaux.

Aussi a-t-on invoqué pour ces lipomes une origine congénitale. L'hypothèse de Cohnheim est adoptée par Kraussnitz dans le cas particulier; et Derégnaucourt pense qu'il est raisonnable d'admettre que ces tumeurs existent dès la naissance; mais elles resteraient ignorées sans l'intervention d'une cause occasionnelle qui détermine leur développement.

Pour ce qui est du siège de ces tumeurs à la face dorsale et à la pointe, Malon estime qu'il y a une véritable migration liée aux mouvements de la langue, les contractions des fibres musculaires comprimant et chassant pour ainsi dire la tumeur.

Kraussnitz met au contraire cette migration sur le compte de l'accroissement graduel du lipome, qui, en augmentant de volume, écarte les fibres musculaires.

Signes. — Le hasard fait souvent découvrir la tumeur. Les malades en ignorent le début.

Le néoplasme, dont la croissance est lente, silencieuse, et ne détermine qu'exceptionnellement une gêne notable avant

d'avoir acquis un certain volume, évolue parfois depuis de longues années quand il est reconnu. On se trouve alors en présence d'une tumeur molle, formant à la face dorsale de la langue une saillie mousse, arrondie, parfois bosselée et lobée. A sa surface, la muqueuse est amincie, étalée. Elle paraît lisse et comme dépourvue de papilles. A travers cette muqueuse, transparait la coloration jaunâtre du tissu graisseux et cette teinte jaune est, pour ainsi dire, caractéristique. Son intensité dépend de deux facteurs, le degré de distension et d'amincissement de la muqueuse qui recouvre le néoplasme, la structure de celui-ci, qui n'est pas toujours formé uniquement de tissu adipeux. Son volume varie de celui d'une noix à celui d'un œuf (fig. 17).

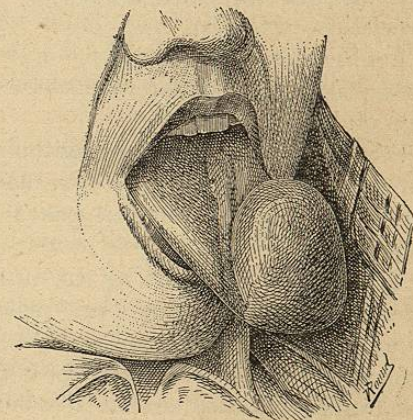


Fig. 17. — Lipome de la langue (d'après MIKULICZ et MICHELSON).

Les tumeurs graisseuses sont en général d'une indolence remarquable. Pourtant, à la langue, elles seraient susceptibles d'occasionner quelques douleurs, soit qu'elles compriment quelque filet nerveux, compression que la texture serrée de la langue rendrait plus efficace, soit plutôt que quelque ulcération de la muqueuse en soit la source véritable.

L'augmentation de volume de la langue et l'amincissement de la muqueuse rendent plus facile le développement de ces ulcérations, qui se produisent, le plus souvent, au point de contact d'une dent pointue ou cariée.

Les signes fonctionnels sont peu accentués. Les mouvements de la langue sont un peu gênés, et cette gêne est proportionnelle aux dimensions de la tumeur. Cette inhabileté de la langue se traduit surtout par une difficulté à prononcer les « linguales ». La déglutition est peu influencée. On parle aussi de modifications de la sensibilité générale de la langue, et de troubles dans les sensations gustatives, sur lesquels nous n'avons encore aucune donnée précise.

Les lipomes de la langue, si l'on en croit quelques auteurs, seraient susceptibles de se transformer, de se chondrifier, de subir la calcification ou l'ossification.

Il est manifeste qu'il ne s'agit plus dans ces cas, d'ailleurs bien exceptionnels, de lipomes purs, mais de tumeurs mixtes, véritables tératomes, qui ne rentrent pas à proprement parler dans notre sujet.

Traitement. — A part les cas où existe quelque contre-indication tirée de l'état général ou d'une maladie concomitante, il est évident que l'ablation de la tumeur est la seule indication que comporte cette affection. Follin a employé l'anse galvanique. Cette méthode peut rendre des services dans l'exérèse de certaines tumeurs de la langue, mais elle est ici contre-indiquée. Personne ne songera à imiter Daniel Mollière, qui, appliquant sur la bouche un carton percé d'un trou, attira la langue à travers cet orifice, et détruisit le lipome à l'aide des pinces à hémorroïdes de Guersant. Pas n'est besoin de discuter les inconvénients de cette manière de faire. L'extirpation au bistouri est seule indiquée. Laroyenne tailla sur la langue un lambeau en forme de V. On devra ordinairement se contenter d'une incision longitudinale qui, après ablation de la tumeur, sera réunie par première intention.

Dans un cas d'Iversen, l'extirpation, outre la guérison de la tumeur, aurait amené un résultat inattendu. Le malade était fou, il devint raisonnable.

Fibromes de la langue. — « Les fibromes de la langue sont excessivement rares, déclare Kraussnitz, et il n'y a de plus rare que les lipomes. »

Richard (1) en a publié un cas recueilli chez Laugier; l'année suivante, Notta (2) en faisait connaître une autre observation.

Warehouse, à peu près à la même époque, en publiait un analogue (3). Mais c'est en 1892 que l'attention est attirée sur cette affection par les observations de Pooly et de Fith.

Depuis, le nombre des cas connus a grossi lentement, et récemment du Fayet de Latour a consacré au fibrome de la langue une importante monographie (4).

Étiologie. — Cette affection serait un peu moins rare chez l'homme que chez la femme, et c'est surtout chez l'adulte qu'on l'observe. Cependant plusieurs cas se rapportent à de jeunes enfants, et l'on peut alors se demander si l'on n'a pas affaire à une maladie congénitale. La question est d'autant plus difficile à trancher que sous la rubrique de fibrome, on décrit souvent des tumeurs mixtes. La nature du tissu prédominant fait classer la tumeur dans le groupe caractérisé par ce tissu. Encore n'est-il pas toujours facile de se prononcer, puisque le même cas de Poncet est décrit par du Fayet de Latour comme fibrome, tandis que Derégnaucourt le cite dans sa thèse comme lipome.

La tumeur est presque toujours unique, mais deux ou trois fibromes peuvent coïncider.

La face dorsale est leur siège habituel. On a dit qu'ils se développaient surtout au niveau de la base, opinion qui n'est pas en rapport avec le texte des observations, car, en dépouillant celles-ci, on voit qu'ils peuvent siéger un peu partout sur la face dorsale (du Fayet de Latour).

La tumeur est habituellement circonscrite et encapsulée. D'abord logée dans l'épaisseur du corps charnu de la langue, elle tend à s'énucléer — elle serait même susceptible de n'être plus reliée à la langue que par un étroit pédicule et de former ainsi un polype. Mais, par contre, la tumeur peut être mal limitée, adhérente aux tissus ambiants, et son extirpation devient alors laborieuse. Dans ces derniers cas il s'agit souvent de tumeurs où le tissu fibreux est dominant, il est vrai, mais associé à du tissu graisseux, ou même à des productions cartilagineuses, osseuses (Tizzoni et Parona), ou bien ayant subi en certains points la dégénérescence hyaline (Zahn).

Symptomatologie. — Les *symptômes* déterminés par ces tumeurs ne sont pas extrêmement caractéristiques. Les signes fonctionnels sont ceux que détermine toute augmentation de volume de la langue : gêne de la parole, difficulté de la déglutition, salivation un peu exagérée, troubles dyspnéiques quand le fibrome est volumineux et

(1) RICHARD, *Gazette des hôpitaux*, 1855.

(2) NOTTA, *Gazette des hôpitaux*, 1856.

(3) WAREHOUSE, *Boston med. Journal*, 1855.

(4) DU FAYET DE LATOUR, thèse de Paris, 1894.